



Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082
nr telefonu: 22 827 48 22, 22 350 47 05

Kierownik ds Medycznych
w miejscu

OŚWIADCZENIE

Ja,,
(imię i nazwisko)

uprzejmie proszę o przesłanie kserokopii wyciągu / odpisu* dokumentacji medycznej mojej / dziecka na adres:

.....
.....

kopertę proszę zaadresować na nazwisko:

.....

Jednocześnie oświadczam, że za ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie odpowiada FORMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k., tylko z pełną świadomością biorę wszelką odpowiedzialność na siebie.

Równocześnie zobowiązuję się do zapłaty na rzecz FORMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k. opłaty wynikającej z przepisów art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tytułem pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej oraz kosztów wysyłki poprzez odbiór przesyłki za pobraniem. W sytuacji, gdyby przesyłka nie została odebrana, a wysłana zgodnie z moją prośbą przez FORMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k., również zobowiązuję się do zwrotu poniesionych przez FORMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k kosztów poprzez zapłatę należności na konto PKO BP SA Oddział 1 w Łomiankach 55 1020 1026 0000 1902 0174 5306 FORMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.

.....
(data i podpis)

W załączeniu:

– Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej.